

Fiche de Renseignements

Adhérent numéro :

R
E
S
P
O
N
S
A
B
I
E
S
I
L
É
G
A
L
I
T
É

Parent 1 Tuteur

Parent 2 Tutrice

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse (si différente) :

Code Postal :

Code Postal :

Ville :

Ville :

Tel domicile :

Tel domicile :

Tel portable :

Tel portable :

Email :

Email :

CAF MSA

CAF MSA

Autre Préciser :

Autre Préciser :

Numéro d'allocataire :

Numéro d'allocataire :

Caisse :

Caisse :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Tel professionnel :

Tel professionnel :

Autorise les membres du secrétariat de l'association Calypso à se connecter au service de la CAF: CDAP afin de vérifier les éléments nécessaires pour la facturation.

Autorise les membres du secrétariat de l'association Calypso à se connecter au service de la CAF: CDAP afin de vérifier les éléments nécessaires pour la facturation.

Signature

Signature

E
N
F
A
N
T
S

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :